

## Fragebogen ambulante Pflege 2015

**Rücksendung bitte bis 19.02.2016 an:**

Stadt Remscheid  
 Fachdienst 2.51 SI  
 Herrn Köppchen  
 Alleestr. 66  
 42853 Remscheid  
 Fax 02191/1612731  
 Mail: thomas.koeppchen@remscheid.de

Name des Pflegedienstes:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ansprechpartner für Rückfragen / Tel.:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Durch Ihren ambulanten Pflegedienst **versorgte pflegebedürftige Kunde** während des Monats Dezember 2015:

\_\_\_\_\_ **Kunden**

(davon weibliche Kunden: \_\_\_\_ und männliche Kunden: \_\_\_\_;  
 davon Kunden unter 65 Jahre alt: \_\_\_\_, 65-79 Jahre alt: \_\_\_\_, ab 80 Jahre alt: \_\_\_\_;  
 davon Kunden in Pflegestufe 0: \_\_\_\_, Pflegestufe I: \_\_\_\_, Pflegestufe II: \_\_\_\_, Pflegestufe III: \_\_\_\_;  
 davon Kunden aus Alt-RS: \_\_\_\_, aus RS-Süd: \_\_\_\_, aus RS-Lennep: \_\_\_\_, aus RS-Lüttringhausen: \_\_\_\_;  
 davon Leistungsempfänger ausschl. SGB V: \_\_\_\_, ausschl. SGB XI: \_\_\_\_, SGB XI und SGB V: \_\_\_\_)

Versorgte Kunden Ihres ambulanten Pflegedienstes mit Migrationshintergrund während des Monats Dezember 2015:

polnisch		türkisch		italienisch		spanisch		eh. Jugoslawien		Sonstige	
männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.

Anzahl der **beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter** Ihres ambulanten Pflegedienstes während des Monats Dezember 2015:

\_\_\_\_\_ **Mitarbeiter/innen**  
 (davon \_\_\_\_\_ weiblich und \_\_\_\_\_ männlich)

Anzahl der beschäftigten **Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter mit Migrationshintergrund und entsprechenden Sprachkenntnissen** in Ihrem ambulanten Pflegedienst während des Monats Dezember 2015: Sonstige (bitte eintragen)

polnisch		türkisch		italienisch		spanisch		eh. Jugoslawien		Sonstige		Sonstige	
männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.

Wie beurteilen Sie selbst die aktuelle Auslastung Ihres ambulanten Pflegedienstes während des gesamten Jahres 2015 und welche Probleme sehen Sie (z.B. verfügbare Pflegekräfte)?:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift